

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

Faculté de Médecine

N° 12

LES FORMES A DÉBUT VÉSICULAIRE DE LA MALADIE DE BOUILLAUD

— * —

THÈSE

Présentée et Publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

Le 31 Janvier 1938

par

GEORGES BARRAU

Né le 16 Septembre 1911 à La FORCE (Aude)

Ancien Externe des Hôpitaux de Montpellier (1934)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Examineurs
de la thèse**

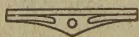
MM. LEENHARDT, Professeur, *Président*.

PAGÈS, Professeur

VIDAL, Professeur

JANBON, *Agrégé*

Assesseurs



NIMES

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE " L'OUVRIÈRE "

4, Rue Grizot, 4

1938



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LES FORMES A DÉBUT VÉSICULAIRE
DE LA
MALADIE DE BOUILLAUD

PAR

GEORGES BARRAU

Ancien Externe des Hôpitaux de Montpellier

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

MM.

Anatomie	J. DELMAS
Anatomie (chargé de cours)	LAUX
Histologie	TURCHINI
Histologie (chargé de cours)	GRANEL
Physiologie	HEDON
Chimie biologique, médicale et toxicologie	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELTT
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales..	PAGES
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale ..	VIDAL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET
Clinique médicale	GIRAUD
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
	MASSABUAU, assesseur
	RICHE
	P. DELMAS
Clinique obstétricale	
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clinique des maladies des enfants et hygiène du premier âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	N...
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Radiologie (chargé de cours)	LAMARQUE

Honorariat

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, VALLOIS, FORGUE, ESTOR, VILLARD
BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE, VIRES, BOSC

Chargés de cours complémentaires

Pathologie expérimentale	GUIBAL
Pathologie externe	MOURGUE-MOLINES
Pathologie interne	BFAUMEL
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, agr. libre
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phtisiologique	BOUDET
Clinique propédeutique médicale	RIMBAUD
Clinique propédeutique chirurgicale ..	AIMES
Clinique des maladies contagieuses	JANBON
Stomatologie	D ^r WATON
Clinique ophtalmologique	DEJEAN

Agrégés en exercice

Chirurgie	AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	JANBON
	RAUMEL
	P. RIMBAUD
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Bactériologie	CARRERE

Examineurs de la thèse

LEENHARDT, prof., *président*. VIDAL, professeur.
PAGES, professeur. JANBON, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MA GRAND'MERE

A MES PARENTS

A MES FRERES

A MA FEMME

A TOUS LES MIENS

Témoignage de mon affection.

A MES AMIS

Assurance de ma sympathie.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEENHARDT

Chevalier de la Légion d'Honneur

*qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

*Au cours d'un semestre d'externat
dans son service des Maladies des
Enfants, il nous a dispensé son ensei-
gnement clinique si vivant et ses con-
seils, fruits d'une longue expérience.*

*Qu'il veuille bien trouver ici le
faible témoignage de notre respec-
tueuse admiration.*

A MES MAITRES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAGES

Professeur de Pathologie et Thérapeutique générales

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIDAL

Professeur de Médecine légale et Médecine sociale

MONSIEUR LE DOCTEUR JANBON

Professeur Agrégé à la Faculté

Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN BALMES

Chef de Clinique à la Faculté

*qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse.*

*Avec notre gratitude pour sa bien-
veillance et les conseils amicaux qu'il
n'a cessé de nous prodiguer.*

INTRODUCTION

Les troubles hépatiques au cours de la maladie de Bouillaud sont connus depuis une douzaine d'années, puisqu'on peut lire dans un article de Grenet (Progrès Médical du 21 mars 1925) :

« Vous ne trouverez pas davantage mention, dans les traités de médecine, des troubles hépatiques du rhumatismes. Ce sont encore des symptômes rares, mais que vous pourrez rencontrer. Dans deux cas, j'ai assisté à l'évolution d'un ictère vrai, avec pigments biliaires dans les urines, décoloration des matières. Ces ictères, survenus en pleine poussée arthropathique, ont disparu rapidement. Un cas analogue a été rapporté par Crouzon et Le Play, à la Société Médicale des Hôpitaux, le 27 décembre 1907 : ils'agissait d'un ictère avec pigment rouge brun dans les urines, avec gros foie et grosse rate, ictère débutant au troisième jour d'un rhumatisme articulaire aigu... L'appareil digestif peut donc traduire son atteinte au cours du rhumatisme...». Ce même auteur, ainsi que nous le verrons au cours de cette étude, a noté un cas de maladie rhumatismale à type *cholécystite aiguë*.

Dans le service de notre Maître, M. le Professeur Leenhardt, nous avons recueilli une observation particulièrement intéressante concernant un second cas plus typique, mais à évolution favorable.

D'une façon générale, il est un fait mis en lumière par de nombreux cliniciens, à savoir l'évolution de plus en plus atypique des maladies infectieuses au cours de ces dernières années: dans le cas particulier du rhumatisme articulaire aigu, il semblerait que le virus rhumatismal créerait de nouvelles localisations extra-articulaires que l'on commence bien à connaître; pour s'en convaincre, il suffit de parcourir les dernières publications traitant de la maladie rhumatismale.

Il nous a paru intéressant d'attirer l'attention sur cette forme nouvelle dont la rareté même, complique singulièrement les difficultés diagnostiques.

A ce propos, nous avons entrepris quelques recherches bibliographiques qui nous ont permis l'élaboration de cette thèse : Après un bref aperçu historique, nous exposerons successivement : les observations concernant la cholécystite rhumatismale, les éléments du diagnostic, quelques considérations thérapeutiques, et nous pourrons en conclure que l'apparition de ces nouvelles formes correspond bien à une évolution générale des maladies infectieuses.

CHAPITRE I

Historique

Le polymorphisme de la Maladie de Bouillaud, acquisition relativement ancienne, a été mis en évidence d'une façon très complète ces dernières années.

Nous allons voir comment s'est dégagée peu à peu la notion de *formes extra-articulaires*. Celles-ci englobent les manifestations les plus diverses de cette maladie : formes infectieuses, cardiaques, pleuro-pulmonaires, nerveuses, *digestives et pseudo-chirurgicales*, dans ces dernières, nous rangerons la forme à début vésiculaire que nous nous proposons de décrire.

Nous allons rapidement passer en revue l'histoire des formes abarticulaires ou extra-articulaires, pour en arriver à la « cholécystite rhumatismale » (L. Ramond) ou forme à début vésiculaire.

*
* *

LES FORMES ABARTICULAIRES OU EXTRA-ARTICULAIRES DE LA MALADIE DE BOUILLAUD ; LEUR CLASSIFICATION.

Depuis longtemps, les formes extra-articulaires avaient été entrevues par de nombreux auteurs. Déjà, en 1873, Trousseau dans les Cliniques Médicales de l'Hôtel-Dieu, admettait l'existence de ces formes, sans en donner toutefois d'exemple bien net. Quelques années plus tard, Lambin dans sa thèse inspirée par Maurice Raynaud (1880) signalait les formes atypiques dans lesquelles la lésion était au second plan. La même année, Letulle décrivait le rhumatisme viscéral. Jaccoud en 1889 étudiait le rhu-

matisme viscéral d'emblée ». Kahler (Vienne 1890) signalait « la fièvre indépendante » ; Hanot faisait une description détaillée des « formes à précession viscérale », tandis que Robin et Leredde attiraient l'attention des cliniciens sur des cas de rhumatisme vrai avec état typhoïde (1894). D'après ces auteurs, le diagnostic ne pouvait être porté que grâce aux arthropathies concomitantes. Une seule exception : le « rhumatisme viscéral malin » décrit peu après par Weil et Thévenot dans les Archives de Médecine des Enfants (1907). Dans le Traité de Pathologie médicale et thérapeutique appliquée de Sergent Ribadeau-Dumas et Babonneix, on peut lire : « Nous « n'admettons, parmi les rhumatismes, que des rhumatis-
« mes articulaires, ceux-ci pouvant toujours se compli-
« quer d'accidents extra-articulaires qui se rattachent à
« eux par un rapport évident de coïncidence ou de suc-
« cession... ». Widal et May en 1924 dans le Traité de Médecine et de thérapeutique écrivaient «...seule, la coexis-
« tence de manifestations articulaires nous permet de
« porter un diagnostic certain d'infection rhumatisma-
« le... ». On ne croyait donc pas encore à l'existence des formes extra-articulaires. Grenet en 1925 décrivait les
« symptômes digestifs et les formes anormales du rhu-
« matisme articulaire aigu ». Ce n'est guère qu'en 1926, que les atteintes viscérales sont bien étudiées et prennent une place égale à celle des cardiopathies : Letulle, Besançon et M.-P. Weil dans les « Annales de Médecine ».

La maladie rhumatismale était alors considérée par ces derniers comme une cardiopathie avec des manifestations multiples et variées. Peu de temps après, plusieurs travaux paraissent sur cette question, notamment la thèse de P. Hermann inspirée par Grenet (Paris 1929) qui constitue une première mise au point des formes vraiment extra-articulaires.

Depuis cette date, Grenet et ses collaborateurs ; Delalande et Pellissier ont étudié à fond la question. Dans le Monde Médical du 1^{er} octobre 1930, Grenet conclut ainsi un article très documenté : « La maladie rhumatismale, telle que nous la concevons, ne comprend aucun rhumatisme chronique. Elle présente plusieurs formes ;

- 1°) *Formes articulaires franches* : c'est le Rhumatisme articulaire aigu, tel qu'il est décrit par les classiques...
- 2°) *Formes avec symptômes articulaires atténués* :... Il s'agit encore là, si l'on veut, d'un rhumatisme articulaire, mais les signes infectieux ou les accidents viscéraux sont les plus importants.
- 3°) *Formes extra-articulaires* : Parmi ces formes, l'auteur distingue :

— *Les formes infectieuses pures* : forme typhoïde, formes infectieuses atténuées. A un moment donné, les signes cardiaques permettent de porter le diagnostic.

— *Les formes viscérales pures* : formes cardiaques, pleuro-pulmonaires, œsophagienne, pseudo-chirurgicales : ces dernières comprenant principalement les formes abdominales avec symptômes pseudo-appendiculaires.

A ce propos, il rapporte le premier cas de « CHOLECYSTITE RHUMATISMALE AIGUE » qu'il avait précédemment publié dans la Presse Médicale du 12 mars 1930. Nous verrons par la suite tout le détail de cette observation. Enfin, comme dernières formes, Grenet cite les formes nerveuses pures : (Rhumatisme cérébral d'emblée de Targowla).

L'année suivante, Jacob Chenciner consacre sa thèse (Paris 1931) à l'étude du rhumatisme abarticulaire aigu et reprend en partie les observations et les idées émises par Grenet. — Ces dernières années, les publications se multiplient sur ce sujet : L. Ramond, dans ses Conférences de Clinique Médicale pratique, expose les diverses formes extra-articulaires, leur classification et leur diagnostic. Il décrit deux sortes de formes abdominales :

— Les formes pseudo-appendiculaires ou pseudo-chirurgicales.

— La « CHOLECYSTITE RHUMATISMALE », l'auteur cite comme exemple, la seule observation publiée par Grenet. Ce dernier, avec Pellissier, dans un petit ouvrage intitulé « Les Rhumatismes » (1933) reprend la classification des formes extra-articulaires de la maladie rhumatismale.

Récemment, Lucien Badinand (Thèse Lyon 1935) a mis

au point une classification très détaillée des formes extra-articulaires ; il distingue :

- I. — Les formes infectieuses.
 - II. — Les formes cardiaques : endocardite, péricardite, formes cardiaques proprement dites, troubles du rythme.
 - III. — Les formes pleuro-pulmonaires.
 - IV — Les formes digestives et *pseudo-chirurgicales* : parmi lesquelles on peut ranger la forme extra-articulaire « A TYPE CHOLECYSTITE AIGUE » ; il cite la seule observation existante, celle de Grenet.
-

CHAPITRE II

Les formes à début vésiculaire de la Maladie de Bouillaud ou la « Cholecystite Rhumatismale »

(L. RAMOND)

Lucien Badinand, dans sa thèse, où sont remarquablement exposées toutes les formes extra-articulaires de la maladie de Bouillaud décrites jusqu'à cette date (1935), écrit :

« ...M. Grenet a également publié une observation qui permet de poser la question de forme extra-articulaire à *type cholécystite aiguë, mais là de nouveaux documents semblent nécessaires pour affirmer la réalité de ces formes* ».

Il nous a paru intéressant de rappeler l'observation de Grenet que nous croyons unique jusqu'à présent dans la littérature médicale française ; elle a été reproduite, nous l'avons vu plus haut, dans ses Conférences de Clinique Médicale pratique, par L. Ramond sous le nom de « cholécystite rhumatismale ».

Observation I

(Grenet : Presse Médicale, 12 mars 1930)

« Peut-être s'est-il agi d'un cas analogue chez cette fille
« de 15 ans que nous avons vue avec MM. A. Guérin et
« Sauvé : angine quelques jours avant le début des acci-
« dents ; fièvre élevée, cholécystite *avec grosse vésicule*
« *tendue et douloureuse*. Appelé en consultation avec M.
« Sauvé, nous discutons l'urgence d'une intervention, et
« l'on décide de garder l'expectative en appliquant une
« vessie de glace en permanence. Huit jours après, nous

« sommes de nouveau appelé : vésicule moins grosse et
« moins douloureuse, mais état général mauvais, fièvre
« élevée, signes d'endopéricardite. Nous prescrivons le
« salicylate à la dose de 10 grammes. Une amélioration
« s'ébauche, la température s'abaisse ; puis les signes
« endopéricardiques s'aggravent et la malade succombe,
« sans fièvre, avec des phénomènes asystoliques. L'hémo-
« culture est restée stérile. Sans doute, nous ne pouvons
« affirmer ici le diagnostic. Mais l'allure des accidents,
« la détermination cardiaque, l'absence de germes bacté-
« riels dans le sang, nous permettent du moins de poser
« la question .»

Il ne s'agit ici que d'un cas de cholécystite *probable*, améliorée temporairement par le traitement salicylé : chute thermique, mais à évolution fatale.

Nous allons citer, à la suite de cette observation, un cas particulier superposable à celui-ci, bien que plus complexe, observé dans le service de Médecine Infantile de notre Maître M. le Professeur Leenhardt. Grâce à la bienveillance du Docteur Balmès, Chef de Clinique du service, nous reproduisons l'observation suivante :

Observation II

Le 31 décembre 1936 : M. le Docteur Balmès est appelé auprès de la petite D... Denise, âgée de 11 ans. Dix jours auparavant, la malade, dont les antécédents sont par ailleurs normaux, aurait présenté une *tuméfaction parotidienne avec fièvre* qui a fait porter le diagnostic d'*oreillons*. Depuis deux jours, l'enfant, qui ne s'est pas complètement remise, présente une fièvre élevée aux environs de 39°. Elle se plaint en outre, depuis le matin, de douleurs abdominales très violentes. La douleur est presque continue avec des exacerbations rapprochées. D'abord diffuse, elle affecte le type de douleur en ceinture avec irradiations dans le dos.

Le siège de la douleur maxima provoquée est dans la zone pancréatique de Chauffard.

A 15 heures : l'abdomen est souple, on ne décèle aucune contracture. Pouls à 180.

L'examen des autres appareils est absolument négatif. On pense à la possibilité d'une pancréatite ourlienne. On prescrit l'application de glace sur l'abdomen.

A 22 heures : on note une légère amélioration.

Le 1^{er} janvier 1937 :

La douleur épigastrique devient plus violente, l'enfant, très pâle, a un *faciès péritonéal*.

Température à 40°, pouls à 120.

A ce moment, l'abdomen est très douloureux à la palpation dans la région sus-ombilicale. Un examen attentif montre que le siège de la douleur maxima est vésiculaire avec *signe de Murphy positif*.

Le toucher rectal décèle un *Douglas douloureux*.

Le Docteur Lapeyrie, appelé en consultation, porte alors le diagnostic de *cholécystite aiguë avec réaction péritonéale*.

Dans la journée, l'interrogatoire ayant appris que l'enfant aurait ingéré des moules trois semaines auparavant, une hémoculture et un séro-diagnostic de Widal ont été demandés qui donnèrent un résultat négatif.

On maintient la glace sur le ventre et on prescrit six comprimés de Chlorhydrate de sulfamide de diamino-azobenzène (Rubiazol) par jour.

Le 2 janvier :

L'état de l'enfant ne se modifie pas.

Le 3 janvier :

L'enfant se plaint de douleurs dans les mâchoires et au niveau de la nuque. La température est toujours à 40°.

A l'examen : l'enfant est raide, présente une ébauche de Kernig ; on note une diminution du réflexe rotulien à droite. La région sus-ombilicale reste douloureuse.

Le foie déborde de deux travers de doigt le rebord chondro-costal.

La rate est percutable.

Toutes les 40 pulsations environ, on perçoit une extrasystole.

L'examen des poumons ne présente rien à signaler.

Le 4 janvier :

La malade entre à la Clinique des Maladies des Enfants.

La douleur abdominale persiste toujours, ainsi que la douleur à la mobilisation de la tête, et un léger Kernig. Mais un signe nouveau est apparu : on constate en effet l'existence d'un *souffle systolique assez intense à la pointe* dans une zone très limitée, et le deuxième bruit est claqué à la base.

Une *ponction lombaire* dont les résultats sont normaux permet d'éliminer une atteinte méningée spécifique.

Le 5 janvier :

Le souffle cardiaque se précise.

Par ailleurs *quelques douleurs au niveau des genoux et des épaules apparaissent*, alors que l'abdomen devient de plus en plus indolore et souple.

Les jours suivants : un frottement péricardique net apparaît.

Le 9 janvier :

On note à plusieurs reprises de *petits troubles du rythme* inconstants donnant l'impression d'un allongement de la diastole. *Depuis le 5 janvier*, l'enfant est soumise, en dehors d'une médication tonocardiaque, au *traitement salicylé* (4 gr. per os et 2 gr. intraveineux) associé à l'absorption de 2 comprimés de Rubiazol (0 gr. 60).

La défervescence de la température s'accuse et la courbe reste aux environs de 37°5 à 38° *pendant six semaines.*

Au cours de cette évolution : l'enfant présente deux épisodes fébriles de courte durée en rapport avec un léger degré d'encombrement pulmonaire.

Le 28 février :

L'enfant sort guérie de l'hôpital après une convalescence assez longue. Il persiste cependant un léger souffle télé-systolique apical très limité.

Voici, par ailleurs, les résultats des divers *examens de laboratoire* qui ont été pratiqués au cours de l'évolution de la maladie :

Le 4 janvier 1937: Liquide céphalo-rachidien :

Chimie : glucose : 0,86.

albumine : 0,20.

chlorures : 7 gr.

Cytologie : Nageotte : 1.

Bordet-Wassermann : négatif.

Urines : Rien à signaler.

Formule sanguine : le 4 janvier 1937.

Globules rouges : 4.100.000.

Globules blancs : 19.000.

Polynucléaires neutrophiles : 92 %.

Polynucléaires éosinophiles : 1 %.

Polynucléaires basophiles : 0.

Grands mononucléaires : 0.

Lymphocytes : 7 %.

Plaquettes sanguines : 330.000.

Cuti-réaction à la tuberculine : négative le 7 janvier et légèrement positive le 6 février.

Electrocardiogramme : Le 6 janvier 1937 :

« Légère atypie caractérisée par un allongement et un aplatissement de l'onde T en dérivation II. »

Phonocardiogramme : (tracés apexiens) :

« Premier bruit vibrant très intense suivi d'un souffle holosystolique 6/100 de seconde après le second bruit qui est normal; petit accident, traduisant vraisemblablement un claquement d'ouverture de la mitrale.

Conclusion: Insuffisance mitrale avec sclérose valvulaire (Docteur Armand) ».

Examen radiologique : Le 7 janvier 1937.

L'examen radiologique du cœur montre une ombre globuleuse à convexité droite et gauche très accusée, mais pas d'image pouvant faire penser à un épanchement péricardique.

Du point de vue pulmonaire : épaissement des hiles, avec tramite bilatérale sans image de condensation parenchymateuse (Docteur Bétoulières) ».

*
* *

Il apparaît donc qu'il s'agit, dans l'observation précédente, d'une atteinte sévère de rhumatisme articulaire aigu.

Le cas de cette petite malade présente une particularité intéressante : l'atteinte rhumatismale est apparue *au dé-cours de la convalescence d'oreillons*. Il est donc question,

ici, de ce que Grenet a appelé « *rhumatisme de sortie* » par analogie avec les « microbes de sortie ».

En effet, il existe une grande similitude entre ce cas et celui décrit par Grenet et Bidegaray, que nous reproduisons pour faciliter la comparaison :

« Une fillette de 12 ans et demi est atteinte d'une fièvre typhoïde authentique prouvée cliniquement et bactériologiquement. La température s'abaisse, puis elle remonte sans que l'apyrexie complète ait jamais été obtenue.

Un mois et demi après le début, fièvre persistante et oscillante, pâleur, tachycardie extrême, bruit de galop, endo-myo-péricardite, absence d'hypertrophie de la rate, hémocultures négatives à plusieurs reprises. Il ne peut plus s'agir de fièvre typhoïde. Nous pensons à une endocardite infectieuse développée secondairement. Quelques arthralgies discrètes nous font admettre le rhumatisme comme possible. En quelques jours, tous les symptômes disparaissent sous l'action du salicylate de soude donné à dose moyenne.

Ainsi, dans la dernière phase de la maladie, *un rhumatisme authentique s'est développé à la faveur d'une infection toute différente* et qui, à coup sûr, n'était pas directement responsable.

On est porté, dès lors, à admettre que le virus rhumatismal s'est comporté comme un microbe de sortie. On peut, si l'on veut, préférer l'idée de biotropisme. Peu importe, le fait est réel ; il est vraisemblable que les cas de rhumatisme vrai au cours de la scarlatine rentrent dans le même groupe. »

CHAPITRE III

Éléments de diagnostic

Nous adopterons, en ce qui concerne les éléments de diagnostic de ces formes atypiques de la maladie de Bouillaud, la classification de L. Ramond :

LES COMMEMORATIFS :

Existence d'une ou plusieurs crises antérieures de rhumatisme articulaire aigu *franc* amélioré par le salicylate. Mais ce n'était le cas dans aucune des deux observations que nous avons citées.

LES ALGIES :

L'apparition à un moment donné, souvent au début des accidents, de douleurs articulaires, « *d'algies dans la continuité des membres, aussi légères et aussi éphémères qu'elles puissent être* ».

Dans l'observation I : aucune douleur articulaire, même légère, n'est notée, ce qui a rendu le diagnostic extrêmement difficile.

Dans l'observation II, au contraire, nous trouvons des *douleurs articulaires à prédominance cervicale*, si fréquentes d'ailleurs chez l'enfant, que Roger a pu dire : « le rhumatisme articulaire de l'enfant, c'est le torticolis ». Ensuite apparaissent des douleurs au niveau des genoux et des épaules, mais moins marquées.

LE DEVELOPPEMENT DE MANIFESTATIONS VISCÉRALES :

Pulmonaires, nerveuses, et surtout *cardiaques*, ayant les caractères et la localisation des fluxions rhumatismales, c'est-à-dire souvent fugaces, quelquefois aussi tenaces.

A ce propos, on ne saurait trop insister sur la valeur

diagnostique considérable de l'apparition d'une cardiopathie « au cours d'un état infectieux aigu qui ne fait pas sa preuve », pour employer les termes de Morichau-Beauchant, paraphrasant ce qu'a dit Landouzy à propos du rôle de la tuberculose dans les pleurésies à frigore.

Ces manifestations cardiaques, nous les notons dans les deux observations; dans la première: « signes d'endopéricardite » et tableau clinique évoluant vers l'asystolie et la mort. Dans l'observation II : « *souffle systolique à la pointe* et deuxième bruit claqué » suivi, quelques jours après, d'un *frottement péricardique*.

LA PRESENCE DE SUEURS PROFUSES, PALEUR, ASTHENIE :

De ces symptômes, seule la pâleur avait été remarquée dans le second cas.

LA NEGATIVITE DES REPONSES DU LABORATOIRE :

Nous notons dans le premier cas une hémoculture stérile, et dans le second une hémoculture et un séro-diagnostic de Widal négatifs.

L'EXAMEN ELECTROCARDIOGRAPHIQUE :

Dans l'observation II, il a été pratiqué et a confirmé l'existence de déterminations cardiaques; celles-ci ont été plus nettement objectivées par le *tracé phonocardiographique*.

L'INFLUENCE HEUREUSE DU TRAITEMENT D'EPREUVE PAR LE SALICYLATE :

L'amélioration a été très marquée dès l'institution du traitement salicylé : *chute thermique*, éphémère dans le cas de Grenet, durable dans l'autre cas.

LA PREUVE ANATOMIQUE POST-MORTEM :

(Recherche des nodules d'Aschoff dans le myocarde). L'autopsie n'a pas été faite dans le seul cas à évolution fatale.

CHAPITRE IV

Considérations thérapeutiques

Il n'est pas question d'envisager la thérapeutique de la Maladie de Bouillaud dans son ensemble. Les divers éléments de ce traitement sont exposés en détail dans de nombreux ouvrages de thérapeutique ou de clinique. Qu'il nous suffise de rappeler un exposé particulièrement net et récent dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, à l'article : Rhumatisme articulaire aigu.

Cette thérapeutique reste évidemment de mise avec ses impératifs catégoriques habituels.

Médication salicylée : précoce et massive d'emblée, longtemps entretenue après le traitement d'attaque.

Prescriptions hygiéno-diététiques : au premier rang desquelles nous plaçons, avec notre maître M. le Professeur Leenhardt, le repos sous toutes ses formes, absolu et prolongé pendant une longue période après l'apyrexie.

Mais il serait d'un intérêt plus immédiat de voir ce qui, dans la thérapeutique antirhumatismale, s'adapterait plus particulièrement au traitement de la cholécystite.

Rappelons la prescription de lavements froids et de petits purgatifs, préconisés encore récemment par Comby dans ses Consultations Médicales pour les Maladies des Enfants.

Nous insisterons davantage sur l'action cholérétique du salicylate de soude soulignée par Savy dans son Traité de thérapeutique clinique.

L'auteur, citant Doyen et Duffourt, écrit qu'« il est démontré expérimentalement que le *salicylate de soude excite la sécrétion biliaire et fluidifie la bile*, en augmentant la quantité d'eau qu'elle renferme. »

En effet, dans l'observation II, que nous rapportons, le

syndrome vésiculaire a paru progressivement s'amender sous l'action du salicylate.

Peut-être, dans ces formes, serait-il bon d'utiliser d'autres corps plus actifs vis-à-vis de la sécrétion biliaire.

Chabrol, cité par Savy, signale que l'Atophan (dont on connaît l'action dans le rhumatisme chronique) quintuple la sécrétion biliaire.

CONCLUSIONS

Cette brève étude nous a inspiré des conclusions de deux ordres :

I. — D'UN POINT DE VUE NOSOLOGIQUE :

Il nous a paru justifié d'individualiser la forme « *cholécyстите rhumatismale* » que ne permettait pas de distinguer nettement l'observation publiée par Grenet.

A cet égard, nous ferons remarquer simplement que, si pour certains auteurs, la porte d'entrée de l'infection rhumatismale est amygdalienne, pour Gilbert et Lereboullet, il s'agirait d'une « infection biliaire » ; celle-ci serait soit d'origine sanguine, soit d'origine intestinale. C'est cette dernière que soulignent Grenet et Pellissier dans « Les Rhumatismes » : « ...origine parfois intestinale, croyons-nous, lorsque les troubles digestifs sont les premiers en date... »

II. — D'UN POINT DE VUE BIOLOGIQUE GENERAL :

Cette forme anormale de la Maladie de Bouillaud, s'ajoutant aux multiples formes viscérales observées et décrites ces dernières années dans de très nombreuses publications, nous a amené à penser qu'il en est pour le rhumatisme articulaire aigu, comme pour beaucoup de maladies infectieuses : *son évolution dans le temps se précise*. Ainsi que l'a remarquablement soutenu Charles Nicolle dans ses ouvrages : les maladies infectieuses naissent, vivent et meurent. Assistons-nous au deuxième acte en ce qui concerne la Maladie de Bouillaud ? Il semblerait qu'on doive répondre par l'affirmative.

Nous avons vu, au chapitre I, les très nombreuses formes atypiques et extra-articulaires que peut revêtir cette affection. La forme à début vésiculaire, la plus rare jusqu'à présent, est venue s'ajouter à ces dernières.

Combien différente nous apparaît cette maladie dans ses manifestations atypiques de plus en plus fréquentes, de la forme classique, si caractéristique, décrite au siècle dernier !

Une maladie infectieuse est, avant tout, un phénomène biologique. Charles Nicolle n'a-t-il pas dit : « Nous nous faisons de la maladie une image vivante. Ce n'est pas une erreur. La maladie infectieuse porte les caractères de la vie. Elle les doit à la fois à sa cause animée et à la réaction des cellules de nos organes, qui, elles aussi, sont des êtres vivants. Ce n'est donc pas par un simple artifice de langage que nous pouvons parler de la vie d'une maladie infectieuse, de sa naissance et de sa mort, c'est-à-dire de son destin, et par conséquent, reconnaître à cette maladie les qualités qui caractérisent l'existence. ».

La maladie infectieuse « tend à la fois à se perpétuer et, pour assurer cette perpétuité, à se modifier suivant les circonstances. Une maladie infectieuse change, évolue sans cesse... »

L'auteur résume ainsi ses conceptions : « ...*Les maladies infectieuses, comme tous les phénomènes vivants, ne sont pas aujourd'hui ce qu'elles seront demain.* On peut même avancer qu'entre le début et la fin de nos observations et de nos expériences, il y a changement. »

Ce « changement », très marqué pour certaines maladies infectieuses, pour ne citer que la mélitococcie, paraît presque aussi net en ce qui concerne le rhumatisme articulaire aigu.

BIBLIOGRAPHIE

NOTE. Notre bibliographie est volontairement incomplète. Nous ne citons que des travaux directement consultés. Les travaux étrangers ont été écartés délibérément, la conception de la maladie rhumatismale ne prenant toute sa netteté que chez les auteurs français.

- BADINAND L. — Formes extra-articulaires de la Maladie de Bouillaud. (*Thèse Lyon 1935.*)
- CHENCINER J. — Contribution à l'étude du rhumatisme abarticulaire aigu. (*Thèse Paris 1931.*)
- GRENET H. — Remarques cliniques sur le rhumatisme articulaire aigu. *Le Monde Médical*, 1^{er} février 1920, p. 65.
- id. Les Rhumatismes infectieux. *Traité de Pathologie médicale et thérapeutique appliquée de Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix*, 1^{re} édition 1921; 2^e édition 1923.
- id. Symptômes digestifs et formes anormales du rhumatisme articulaire aigu. *Progrès Médical* 21 mars 1925.
- id. Les formes extra-articulaires de la maladie rhumatismale. *La Presse Médicale* 12 mars 1930.
- id. Les formes cliniques de la maladie rhumatismale (R.A.A. et formes extra-articulaires.) 2^e Congrès International contre le rhumatisme. Liège. *Le Monde Médical* 1^{er} octobre 1930.
- id. *Conférences Cliniques de Médecine Infantile* (1^{re} série, n° 7 et 4^e série, n° 5.)
- id. Les formes malignes de la maladie rhumatismale chez l'enfant. *Gazette des Hôpitaux*, 25 novembre 1936.
- GRENET et DELALANDE. — Le rhumatisme articulaire aigu chez l'enfant. *Archives de Médecine des Enfants*. Août 1928.
- GRENET et PELLISSIER. — *Les Rhumatismes*. (Collection du Compendium médical.) Edition de l'Expansion scientifique française. Paris 1933.
- id. La maladie rhumatismale, sa place en nosologie. Sa spécificité. *Revue de Médecine*. Mai 1933.
- GRENET JACQUELINE. — Formes malignes de la maladie rhumatismale chez l'enfant. *Thèse Paris 1934.*

- LAMBIN. — Le rhumatisme articulaire aigu des voies digestives. *Thèse, Paris* 1880..
- LEENHARDT, LAPEYRIE, J. BALMÈS. — Forme anormale de la maladie de Bouillaud ayant débuté par un syndrome de cholecystite aigüe. *Bul. et mém. des Sciences Médic. et Biol. de Montpellier et du Languedoc Médit.* Séance du 16 avril 1937.
- IETULLE. — Le rhumatisme viscéral. *Archives Générales de Médecine* 1880, p. 513.
- NICOLLE CH. — *Destin des Maladies Infectieuses*. Paris 1937 (3^e édition).
- NOBECOURT. — Le rhumatisme articulaire aigu. *Traité de Médecine des Enfants* (Nobécourt et Babonneix), tome II, p. 311, par Jean PARAF.
- id. La première attaque de la Maladie de Bouillaud chez l'enfant. *Concours Médical* 17 mai 1936.
- POUMAILLOUX. — Article : fascicule 8.055, tome I (Maladies infectieuses) de l'*Encyclopédie Médico-chirurgicale*.
- RAMOND L. — Formes cliniques du rhumatisme articulaire aigu, p. 240 à 271, tome X des *Conférences de Clinique médicale pratique*. Paris 1932.
- SAVY. — *Traité de Thérapeutique clinique*, tome III, p. 2477.
- WEILL et THÉVENOT. — Le rhumatisme viscéral chez les enfants. *Archives de Médecine des Enfants*. Novembre 1907.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre « *Les formes à début vésiculaire de la Maladie de Bouillaud* », par Georges Barrau.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 13 janvier 1938

Le Président :
LEENHARDT.

Vu :
Montpellier, le 15 janvier 1938
Le Doyen : EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 18 janvier 1938
Le Recteur : PARISELLE.

